



FIEBERKURVE

SCHWERPUNKT

STDs

ab Seite 8

STUDIUM

Kleine Anekdoten zu
Famprop & OM

Seite 6

GESELLSCHAFT

FGM - die weibliche
Genitalverstümmelung

Seite 18

WANTED

VORARLBERG
SUCHT



★ TURNUSÄRZTE ★
€ 72.000

brutto p.a.

★ **REWARD** ★

www.arbeiten-in-vorarlberg.at



Inhalt

STUDIUM



Projekt: Blockprüfungen - Das Ergebnis	4
Briefe aus dem KPJ	5
Organmorphologie	6
Famulaturpropädeutikum	7

SCHWERPUNKT



STDs or 8 reasons not to have sex	8 - 10
HIV-positiv als Health Care Worker	11
Mythen & Gerüchte	12 - 13
HPV - In aller Munde	14 - 15
Nadelstichverletzungen	16

GESELLSCHAFT



Interviews mit Fachärzt_innen	17
FGM - Die vergessene Blume der Wüste	18 - 19

EXTRAS



Shall we play a game?	20-21
Last but not Least	23

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

und schon ist es wieder vorbei; das Wintersemester liegt hinter uns, der Schnee hoffentlich vor unseren Haustüren und wir alle faul im Bett, nachdem wir die letzten Wochen und Monate fleißig studiert, gelernt und vor Prüfungen gezittert haben.

Apropos Bett, diese Ausgabe der Fieberkurve beschäftigt sich im Schwerpunkt vor allem mit den Dingen, die man aus einem Bett mitnehmen kann. Denn neben tollen (oder auch weniger tollen) Erinnerungen, kann einen nämlich auch noch etwas anderes für eine hoffentlich kurze (aber möglicherweise auch längere) Zeit begleiten. Und nein – hier sind nicht das Schamgefühl oder peinliches Schweigen gemeint. Ja, genau, in dieser Ausgabe geht es vor allem um Geschlechtskrankheiten. Wir erzählen Euch, wie man sich infiziert, woran man sie erkennt und - aus ärztlicher Sicht am allerwichtigsten - wie man sie behandeln kann.

Außerdem gibt es in dieser Ausgabe ein paar wertvolle Tipps für Euer weiteres Studium und wir beginnen die neue Fachärzt_innen-Serie, in der wir euch Einblicke in den Alltag verschiedener Fachärzt_innen geben.

Am Ende dieser Ausgabe findet Ihr mal etwas Neues, wofür Ihr die folgenden Seiten ganz aufmerksam lesen solltet.

Mit diesem letzten Tipp wünschen wir Euch viel Spaß beim Lesen.

Eure Fieberkurve-Redaktion

Wir freuen uns jederzeit über Ideen und Feedback unter: fieberkurve@oehmedwien.com



Projekt: Blockprüfungen

Ein Block - Eine Prüfung

Text: Johannes Oswald

Wie schon in der letzten Ausgabe beschrieben, führen wir einen Versuch für Blockprüfungen mittels Moodle durch. Am Montag vor Weihnachten traten wir erstmals mit Block 15 den Praxistest an. Die genauen (Evaluations-) Ergebnisse findest du übrigens in einem umfassenden Bericht, den wir zu dieser Prüfungssimulation veröffentlichen werden.

Wir haben einen PC-Raum im AKH reserviert, die Prüfungsfragen noch schnell am Abend davor hochgeladen und die realistische Durchführung einer Blockprüfung vorbereitet. So ausgerüstet haben wir uns darum bemüht, eine möglichst realitätsnahe Prüfung von Block 15 mit motivierten Kolleg_innen aus dem 3. Jahr durchzuziehen. Diese hatten den Block gerade absolviert und sich dankens- werte Weise freiwillig dafür gemeldet.

Es kamen mit 31 Teilnehmer_innen

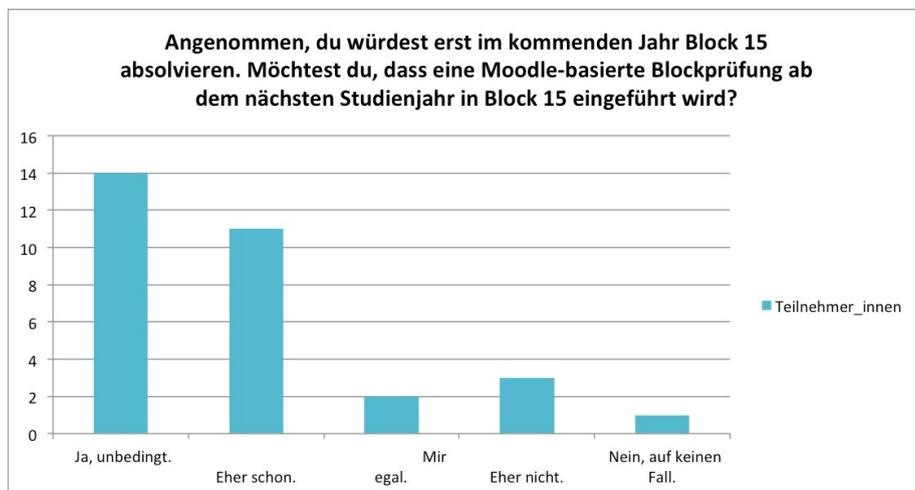
nicht so viele Leute - wahrscheinlich auch bedingt durch die Terminkollision mit der Demonstration zur Registrierungsanmeldung - wie erwartet. Jedoch waren es glücklicherweise genügend Kolleg_innen, um etwas aus dem Testlauf lernen zu können. So haben wir gleich zu Beginn einige technische Schwierigkeiten entdeckt, die berücksichtigt werden müssen, sobald man Moodle einmal tatsächlich für eine Blockprüfung einsetzt. Auch ist die Fragenerstellung eine nicht zu unterschätzende Herausforderung. Die vielen in Moodle enthaltenen und an unserer Uni kaum genutzten Fragenformate waren ja ein wesentlicher Grund, warum wir Moodle als Tool für die Durchführung von Blockprüfungen vorgeschlagen haben. Dabei bleibt – wie schon bei der SIP – die Erstellung von angemessenen schweren, sowie nicht zu einfachen Fragen eine Herausforderung. Auch mussten wir feststellen, dass die Vorstellungen der Lehrenden,

hinsichtlich der Fragestellungen, mit den gegebenen technischen Möglichkeiten, nicht immer umgesetzt werden können.

Im Rahmen einer Evaluation haben wir alle Teilnehmer_innen gleich im Anschluss um eine Evaluation gebeten. Die genauen Ergebnisse veröffentlichen wir gesondert in einem umfassenden Bericht zu dieser Prüfungssimulation. Insgesamt war das Feedback positiv, jedoch mit vielen kritischen Bemerkungen, die uns dabei helfen diesen Prüfungsmodus zu verbessern und praxistauglicher zu machen.

Insgesamt sind wir davon überzeugt, dass Blockprüfungen mittels Moodle ein denkbarer Weg wären, um vom SIP-System und auch vom SIP-Fragenformat wegzukommen. Auch die Lehrenden, die uns besucht haben, waren der Idee nicht abgeneigt, wenngleich offenbar nach wie vor Angst vor dem administrativen Aufwand für zusätzliche Prüfungen (und deren Wiederholungstermine) herrscht. Eine Angst, die wir als ÖH Med Wien für nicht gerechtfertigt halten und die hoffentlich von mutigen Lehrenden und Verwaltungsangestellten an der MedUni überwunden werden kann.

Wir sind schon drauf und dran, dass wir in den kommenden zwei Jahren weitere Blöcke für einen Probelauf einer Blockprüfung begeistern können. Auf dass sich die Kolleg_innen der Zukunft einmal nicht mehr über unsinnige SIPs ärgern müssen!





Briefe aus dem KPJ

Bewerbungskriterien. Oder: Wie du deine Traumstelle bekommst.

Text: KPJler_in der Redaktion bekannt

Jüngst kommt ein Oberarzt von meiner Lehrabteilung zu mir und fragt mich, ob ich mich eigentlich für das Fach der Abteilung interessiere. Ich bejahe die Frage, woraufhin dieser meint, ich solle mich doch „beim Chef bewerben. Sie haben ja eh einen guten Leumund.“ Ich fühle mich geschmeichelt und frage mich gleichzeitig, woher mein „guter Leumund“ wohl kommen könnte. Einen Erklärungsansatz dazu lieferte eine frühere KPJ-Abteilung. Dort hat man mich am Ende gefragt, ob ich nicht vielleicht verlängern möchte. Ich fragte – nach einem möglichst höflichen Nein – nach, warum diese Frage gestellt wurde, obwohl ja eh jemand Neues kommen würde und bekam als Antwort, dass ich „nicht nur in einer Ecke rumstehen“ würde. Und langsam geht mir ein Licht auf:

Wenn du dich auf einer Abteilung beliebt machen möchtest - vielleicht, weil du dich dort bewerben möchtest, gibt es ein sicheres Mittel dazu: Tu etwas. Sei aufmerksam, wo Arbeit anfällt und erledige diese. Das klingt banal und du magst dir vielleicht denken, damit kann man sich doch sicher nicht gegenüber anderen Kolleg_innen abheben. Aber tatsächlich scheint es nicht wenige Leute zu geben, die den einfachsten Weg

durch ihr KPJ suchen oder es aus den Tertialen schon zu sehr gewöhnt sind, sich abzuseilen. Wenn du das nicht machst und stattdessen ernsthaft versuchst mitzuarbeiten, bist du bereits über dem Durchschnitt. So einfach geht das.

Lass dich von irgendwelchen Kolleg_innen, die den Eindruck erwecken den Herold und alle anderen Fachbücher gefressen zu haben, bloß nicht verunsichern. Das ist normalerweise nicht das primäre Kriterium, wenn es um die Bewertung deiner Bewerbung um eine Ausbildungsstelle geht. Noch viel weniger sind es deine Noten im Studium. (Tut mir leid, falls ich da jetzt die Illusionen von irgendwelchen Streber_innen zerstöre. #sorrynotsorry) Kein Hahn und so gut wie kein_e Primar_ia kräht nach SIP-Noten. (Gott sei Dank!)

Das stärkste Kriterium für die Einstellung von Jungärz_t_innen ist - so, wie ich das gehört habe - meistens: „Wie macht sich die oder der?“ Also was erzählen die Ärzt_innen einer Abteilung über dich? Bist du nett? Arbeitest du mit? Erscheinst du motiviert?

Und das zweitstärkste Kriterium ist oft, ob du verfügbar bist. Also sprich, bist du zeitlich flexibel?

Kannst du auch mal bei einem Dienst einspringen? Oder bist du stattdessen mit drei Hobbies und zwei Kindern gebunden? (Das mag nicht familienfreundlich sein, ist aber ein wesentliches Kriterium für viele Abteilungen, die ihre Diensträder füllen müssen.)

Und erst danach kommen dein Fachwissen und irgendwelche anderen Kriterien. Und noch ein Satz zum Fachwissen: Blenden und Täuschen will gelernt sein. Wenn du mal was weißt (und irgendwann weißt du bestimmt mal was) – sei bloß nicht zu bescheiden. Diskutiere mit! So wirkst du gleich kompetent und das Wissen der anderen Studienkolleg_innen ist meistens auch bestenfalls lückenhaft. Also hol dir deine Traumstelle für nach dem Studium!

P. S.: In sehr begehrten Fächern, wie etwa Derma oder Plastische Chirurgie, kommen dann natürlich noch weitere Einstellungskriterien dazu. Wie man zu so einer Stelle kommt, ist dann oft eine Wissenschaft für sich und erfordert manchmal jahrelange Vorbereitung.

Mama, ich habe einen Menschen aufgeschnitten

Text: Abdallah Shalltout

Nun ist es soweit. Das 3. Semester neigt sich dem Ende zu, und bald kommt das, wonach dich jeder Nicht-Medizinstudierende fragt. „Müsst ihr dann auch so Leichen aufschneiden?“ Eine der wahrscheinlich am häufigsten gestellten Fragen bezüglich unseres Studiums. Und jetzt ist es soweit. Block 9 - Pharma ist überstanden, Hr. Prof. Freissmuth legt wieder seine jährliche Pause ein und auf euch wartet das Sezieren, das Fach Organmorphologie.

Was brauche ich? Ein Skalpell? Eine Pinzette? Eine Sonde? Ist die Leiche echt? Hoffentlich übergebe ich mich nicht...

Für OM brauchst du nicht mehr als das Basissezierbesteck, bestehend aus zwei Skalpellen (einem 3er & einem 4er Skalpell mit 10er- und 20er-Klingen), zwei Pinzetten (eine anatomische und eine Dentalpinzette, die sich als äußerst praktisch erweist) und eine Schere. Alles Weitere ist zwar schön und gut, aber nicht unbedingt notwendig. Ein weißer Kittel ist Vorschrift.

Und dann kommt es zur ersten Sezierstunde, du betrittst den Saal und nimmst erstmal einen kräftigen Atemzug, um deinen Magen gleich mal an das Formalin zu gewöhnen. Ein stilles Gebet gegen ein emetisches Ereignis wird gesprochen.

Am Anfang ist es noch etwas hektisch, aber dann findest du dich an

deinem Tisch wieder.

Die Tutor_innen kommen und stellen sich vor. Der Puls wird schneller. Die Leiche wird aufgedeckt und die ersten Instruktionen werden gegeben.

Nervös zieht man sich die Handschuhe an, während andere schon das Skalpell in der Hand halten. Diejenigen, die schon mit erregten Augen auf die Leiche schauen/sehen/gucken und es kaum abwarten können, endlich losschneiden zu dürfen, und diejenigen, die den anderen gerne den Vorzug geben. Ich konnte es nicht abwarten, endlich losschneiden zu dürfen. Der erste Schnitt, das erste Mal Haut zu präparieren, ein unglaubliches Gefühl. Auch wenn der Geruch des Formalins die Nase penetriert, ist das Erlebnis unvergesslich. Die Suche nach den Strukturen

kann beginnen. Bei jedem kleinen Blutgefäß ruft man den/die Tutor_in und fragt, ob dies eine Struktur ist, weil man sich am Anfang noch sehr unsicher ist. Schnell lernt man aber zwischen den Strukturen zu unterscheiden und es wird langsam zu einer Art Schatzsuche.

Eine Sache ist aber sehr wichtig: Der korrekte Umgang mit den Leichen. Bitte vergesst nicht, dass dies Menschen sind, die uns ihren Körper zur Verfügung gestellt haben, damit wir davon profitieren und später gute Mediziner_innen werden können. Deswegen behandelt die Leichen mit gebührendem Respekt und verhaltet euch ethisch korrekt, gebt Acht auf die Anweisungen der Professor_innen und haltet euch immer vor Augen, dass euer Präparat ein Mensch war.



Easy peasy durchs Famprop

Text: Max Enßlin

Im zweiten Jahr hast du endlich die Möglichkeit das praktische Every-Day-Business des Arztberufs zu erlernen, zu üben & im Sommer durch eine nice Famulatur bestenfalls sogar zu perfektionieren.

Ja richtig, ich spreche von den Lines Ärztliche Grundfertigkeiten (ÄGF), Ärztliche Gesprächsführung A (ÄGF-A) & Physikalische Krankenuntersuchung (PKU), die schließlich im schrecklichen, geradezu unaussprechlichen Famulaturpropädeutikum am Ende des vierten Semesters gipfeln. Aber keine Sorge, der Name ist eigentlich auch schon das Schlimmste an dieser praktischen Prüfung. Mit der richtigen Vorbereitung, einigen kleinen Tipps und dem bisschen Grips, ohne den du ohnehin nicht durch den MedAT gekommen wärest, schaffst du das schon.

Das Famprop setzt sich zusammen aus einem theoretischen Teil (KOS-Test) und einem praktischen Teil. Im KOS-Test werden grundlegende Dinge aus ÄGF und PKU abgefragt. Hierzu solltest du dir die Abläufe der einzelnen Untersuchungen, ganz besonders aber den Bereich Hygiene und grundlegende Prinzipien, wie die No-Touch-Technique, genauer ansehen.

Der praktische Teil setzt sich aus Patient_innengespräch, Ärztlicher Grundfertigkeit und Physikalischer Krankenuntersuchung zusammen. Hier ist Üben das A und O. Bei ÄGF solltest du, zusätzlich zu

den, meiner Meinung nach, nicht ausreichenden Pflichtübungszeiten im Sommersemester kurz vor dem Famprop, selbst daheim üben. Hierbei geht es weniger darum mit einer Nadel die Mitbewohner_innen so lange aufzuspießen, bis endlich



Blut kommt, als vielmehr darum alleine die Bewegungsabläufe der verschiedenen Tätigkeiten, mithilfe des Übungsmaterials zu trainieren. Irgendwann geht dir das Arbeiten ins „Muskelgedächtnis“ über und du fängst bei der Prüfung automatisch richtig an und bist generell einfach routinierter. Das hilft dir besonders, wenn du vorher sehr aufgeregert bist.

Selbiges gilt auch für den Bereich PKU. Es empfiehlt sich, kleine Lerngruppen zu bilden und zu viert oder fünft daheim aneinander zu üben. Dabei fällt dir sicher irgendetwas auf, das vorher vielleicht nicht ganz klar war oder von dir einfach übersehen wurde. Die Atemgeräusche, die du in der Prüfung zuordnen musst, solltest du dir mehrmals anhören und verstehen, wie sie entstehen. Die Herzgeräusche kannst du je nach Lokalisation und Ausbreitung auch durch logische Schlussfolgerung herausfinden. Du brauchst dir also keine Sorgen machen, wenn du kaum einen Unterschied hörst. Das ging uns allen so, außerdem ist das etwas, das du in der Famulatur noch mitbekommen wirst.

Bei ÄGF-A ist das Wichtigste die Identitätsabfrage zu Beginn des Patientengesprächs. Zudem ist es hilfreich einen flüssigen Ablauf hinzubekommen und die wichtigsten Patienteninfos zu ergattern.

Es ist noch nicht offiziell bekannt, wie viele Punkte dieses Jahr erreicht werden können, aber wenn du nahe genug an die Maximalpunktzahl rankommst, ohne eine rote Karte mitzunehmen, hast du im darauffolgenden Jahr vielleicht sogar die Möglichkeit eine der begehrten Tutor_innenstellen abzugreifen.

Nach all den Infos, wünsche ich Euch hiermit viel Erfolg, denn Glück brauchen nur die Faulen.

STDs or 8 reasons not to have sex (with Tywin Lannister)

Text: Patrick Fegerl

Nach wie vor sind sexually transmitted diseases ein gesellschaftliches Tabuthema. Natürlich haben wir Fortschritte gemacht, ja die meisten dieser Krankheiten sind inzwischen gut heilbar und es wird generell offener über Sexualität gesprochen, als es früher der Fall war. Aber stellt euch doch einmal folgende Situation vor: Ihr habt euch auf Tinder, Lavoo oder -Gott behüte - in einer Bar, eine wohlgeformte Stundenuhr oder ein knackiges Waschbrett aufgerissen, das Date oder der Flirt läuft gut und danach kommt es unerwartet zu mehr. Blöd nur, dass kein Kondom zur Hand war. Am nächsten Morgen ist euer flüchtiger Schwarm verschwunden, plant vielleicht schon den nächsten One-Night-Stand und ihr bleibt zurück mit der Frage, was es letzte Nacht so alles als Bonus zum vielleicht guten Sex gegeben haben könnte. (Hypochonder sollten an dieser Stelle die Fieberkurve zur Seite legen.)

Bei Verdacht sollte man sich unbedingt untersuchen lassen, aber wo und wie ist nicht jedem klar und da es unangenehm ist, mit Freund_innen oder Verwandten, die nicht Siri, Cortana oder Alexa heißen, darüber zu reden, besteht die Gefahr dem Ganzen aufgrund von Scham nicht weiter nachzugehen. Dabei ist die frühe Diagnose und Behandlung bei STDs aus zwei Gründen von besonderer Bedeutung. Erstens,

da man unwissend weitere Partner_innen oder während des Geburtsvorgangs das eigene Kind infizieren kann und zweitens wird euch spätestens bei den Stadien der Franzosenkrankheit klarwerden.

Anders als in London, wo es sogenannte STD Clinics gibt, in welche man unangemeldet hineinspazieren kann und innerhalb von 24 Stunden auf alle möglichen STDs getestet werden kann, gibt es bei uns in Österreich keine zentrale Anlaufstelle bei Verdacht auf eine STD. Zwar gibt es in der Krankenanstalt Rudolfsstiftung das Zentrum für sexuelle Gesundheit, hier werden aber „ausschließlich die gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen für Sexdienstleister_innen durchgeführt“.

Wer aller nicht dazugehört, muss sich an eine_n Facharzt/-ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten wenden oder kann sich bei der AIDS-Hilfe kostenlos auf HIV-Antikörper und bei der AIDS-Hilfe Wien um einen Aufpreis auch auf Syphilis, Hepatitis B und C testen lassen. Im Gegensatz zum Besuch bei einem/r Facharzt/-ärztin, braucht man sich bei der AIDS-Hilfe keinen Termin ausmachen.

Die eigentliche HIV-Behandlung findet in den HIV/AIDS Behandlungszentren statt. In Wien wären das das AKH, das Ot-

to-Wagner-Spital und das Kaiser-Franz-Josef-Spital.

Jetzt habe ich euch aber lange genug auf die Folter gespannt; hier sind die 8 Gründe, warum Sex gefährlich sein kann und weshalb die ÖH in ihre Ers-ti-Taschen Kondome packt:

STDs viralen Ursprungs

Acquired Immune Deficiency Syndrome AIDS

Eine Infektion mit dem Humanen Immundefizienz Virus, einem Retrovirus, der über CCR5 und CXCR4 gezielt CD4-Helferzellen befällt, gehört neben der Gonorrhö, Syphilis, dem Ulcus molle und dem Lymphgranuloma inguinale zu den meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten und muss innerhalb von einer Woche dem Bundesministerium für Gesundheit gemeldet werden. 2011 gab es in Österreich 65 Diagnosen. Näheres dazu im Block 8.

Hepatitis

Hier ist vor allem Hepatitis B von Bedeutung, die in bis zu 50% der Fälle sexuell übertragen wird. Bei Hepatitis A und Hepatitis C zwar auch möglich, stellt die fäkal-oral bzw. parenterale Übertragung allerdings eine wesentlich größere Gefahr dar. Eine akute HB wird meist nur symp-

tomatisch behandelt, bei chronischem Verlauf ist eine Kombinationstherapie mit Interferon- α und einem Nukleosidanalogen, wie Ribavirin, Standard. Abhängig von der Virämie der Mutter kann es auch zur perinatalen Übertragung kommen. In diesem Fall darf nicht mit Interferon- α therapiert werden und ein Kaiserschnitt ist vorzuziehen, um die Infektionsgefahr zu minimieren. Das Neugeborene wird nach der Geburt aktiv und passiv immunisiert. Mehr dazu im entsprechenden POL-Fall.

Herpes Genitalis

Schuld an diesem Leiden sind die Geschwister HSV-1 (Herpes simplex Virus) und HSV-2, Teil der Herpesviren-Familie, zu der auch das Varicella-Zoster-Virus (VZV), das Zytomegalievirus (CMV) und das Epstein-Barr-Virus (EBV) gehören. Es handelt sich bei beiden um doppelsträngige DNA Viren, die Herpes genitalis auslösen können, wobei HSV-1 bevorzugt zu Herpes labialis (Fieberblasen) führt und 50-70% des H. genitalis auf das Konto von HSV-2 gehen. Bemerkenswert ist die Durchseuchung der Bevölker-



ung, immerhin sind bei 70-80% der Erwachsenen HSV-1 und bei 20-30% HSV-2 Antikörper nachweisbar. Nach der Erstin-



fektion (über die Schleimhaut) wandert das Virus in das regionale Ganglion, wo es persistent bleibt und zur Reaktivierung führen kann, die sehr häufig auftritt. Bemerkbar machen sich die unliebsamen Bettgenossen durch Rötungen, Bläschen und Erosionen im Genitalbereich. In schweren Fällen, vor allen bei Immunsupprimierten, kann es zur Meningitis, Enzephalitis, Hepatitis, Pneumonie und sogar zu Sepsis kommen, welche dann mit Virustatika wie Aciclovir, Valaciclovir oder Famciclovir behandelt werden.

STDs lebenden Ursprungs

Syphilis (harter Schanker, Lues oder Franzosenkrankheit)

Ende des 15 Jahrhunderts verbreitete sich *Treponema pallidum pallidum*, ein anaerobes, gramnegatives Bakterium aus der Familie der Spirocheatacea, vermutlich von Kolumbus eingeschleppt, in ganz Europa und Nordamerika, wo es bis zur Einführung der Antibiotika die sexuell übertragbare Krankheit schlechthin verursachte: Syphilis.

Diese verläuft wiederkehrend in Stadien. Im ersten bildet sich ein Schanker (=Ulkus) am Ort der Erstinfektion. 9 Wochen bis 6 Monate nach der Erstinfektion

kommt es zur sekundären, systemischen Syphilis, die sich durch Lymphknotenschwellung und charakteristische Exantheme (Roseolen) äußert, die überall auftreten können, aber meistens nach 2-10 Wochen abheilen. Nach 2-5 Jahre Latenzstadium bricht das Tertiärstadium mit knotigen Veränderungen (Gummen), die in allen Organen auftreten können, an. Im späten Stadium kommt es zur chronischen Entzündung des ZNS, der Neurosyphilis, welche vermutlich hauptverantwortlich für die Auslastung des Wiener Narrenturms war. Die kardiovaskuläre Syphilis kann zum Aorten-Aneurysma und anderen schweren Pathologien führen. Eine möglichst frühe Behandlung ist daher sehr wichtig. Da *Treponema pallidum* über die Plazenta oder während des Geburtsvorgangs vertikal übertragbar ist, wird auch während der Schwangerschaft therapiert. Außerdem ist - wie bei allen Geschlechtskrankheiten - eine Abklärung des Partners indiziert.

Heute ist die Erkrankung je nach



Stadium mittels Penicillin-Therapie (bei Allergie Doxycyclin) heilbar – keine Resistenzen bekannt. Mittels serologischem Nachweis von Antikörpern leicht nachweisbar, ist Syphilis, falls früh genug medizinische Hilfe aufgesucht wird, kein Problem,

bleibt aber als zweithäufigste meldepflichtige Geschlechtskrankheit in Österreich weiterhin relevant.

Ulcus molle

Hervorgerufen durch das gramnegative Stäbchen *Haemophilus ducreyi* kommt diese Erkrankung bei uns nur mehr sehr selten vor, oft nach einem „Fernurlaub“ in Südostasien. Symptome sind - welche Überraschung - druckempfindliche, weiche Ulzera an den Genitalen, die unbehandelt narbig abheilen. Meistens ist das klinische Bild ausreichend, der Nachweis der Stäbchen in einer Gram-Färbung, Kultur oder mittels PCR ist aber auch möglich. Zum antibiotischen Arsenal gehören Azithromycin, Ceftriaxon, Ciprofloxacin und Erythromycin.

Gonorrhö (auch Tripper genannt)

Gonorrhö ist eine Entzündung der Harnröhre oder des Gebärmutterhalses, die sich zwei bis sieben Tage nach der Infektion mit *Neisseria gonorrhoeae* durch eitrigen Ausfluss und Dysurie (Schmerzen beim Harnlassen) bemerkbar macht. Der gramnegative Diplokokkus kann aber auch eine Pharyngitis, Konjunktivitis, sowie eine Entzündung des Rektums und der Eichel verursachen. Dringt der Erreger tiefer ein, kann es zu einer Prostatitis, Deferentitis, Epididymitis, Salpingitis, PID (pelvic inflammatory disease) und im Extremfall sogar zur Endokarditis oder Meningitis kommen.

Die Therapie gestaltet sich zuweilen schwierig, zum einen auf Grund der wachsenden Antibio-

tika-Resistenzen, zum anderen, da es sich häufig um Mischinfektionen mit mehreren Keimen handelt. Daher ist sechs Wochen nach der Behandlung mit Spectinomycin, Ceftriaxon, Cefixin, Ciprofloxacin, Ofloxacin oder Azithromycin eine Syphilis-Abklärung zu empfehlen.

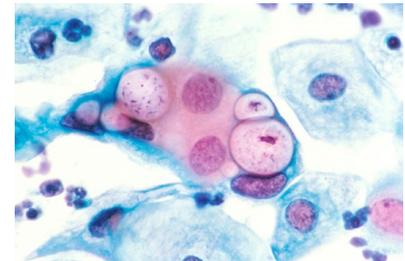
Trichomoniasis

Im Gegensatz zu den meisten STDs handelt es sich bei der Trichomoniasis weder um eine virale, noch um eine bakterielle Infektion. *Trichomonas vaginalis* ist ein Flagellat, also ein Einzeller, der durch Geschlechtsverkehr übertragen wird. Bei der Frau verursacht es meistens eine milde Vaginitis, aber auch eine Urethritis oder Zystitis (Blasenentzündung). Beim Mann hingegen geht eine Infektion meistens ohne Symptome einher, womit dieser eine Überträgerrolle einnimmt. Nach der Diagnose durch mikroskopischen Nachweis oder in Kultur, erfolgt die Therapie mit Metronidazol. Zur Verhinderung einer latenten Infektion des Partners/der Partnerin wird er/sie prophylaktisch auch therapiert. Außerdem steht die Trichomoniasis im Verdacht ein Kofaktor für die Entstehung des Cervixkarzinoms zu sein und wurde mit einer höheren Rate an Infertilität und Endometriiden (Endometrium außerhalb des Uterus) in Verbindung gebracht.

Lymphgranuloma venerum durch Chlamydien-Infektion

2-6 Wochen nach der Infektion mit *Chlamydia trachomatis*, einem gramnegativen Kokkus, bilden sich flache, genitale

Ulzera, die innerhalb von zwei Wochen abheilen. Danach breitet sich das obligat intrazelluläre Bakterium entlang der Lymphbahnen aus und führt zu einer schmerzhaften Entzündung der inguinalen Lymphknoten mit Begleitsymptomen wie Fieber,



Erbrechen und Gliederschmerzen. Im Spätstadium führt eine Obstruktion des Lymphabflusses zum starken Anschwellen der äußeren Genitalorgane oder zum anorektalen Symptomkomplex mit Abszessen, Fisteln und einer Stenosierung des Enddarms. Zur Diagnose wird der Antikörpernachweis verwendet, der aber leider auch auf andere Erreger anspricht. Um den intrazellulären Keim zu erwischen werden vor allem Tetracyclin - Antibiotika verwendet; bei Schwangeren Erythromycin.

Honorable Mentions

- Skabies (Krätze)
- Schamlaus
- Kandidose
- bakterielle Vaginose

HIV-Positiv als Health Care Worker

– Gefahr für die Existenz?

Text: Malte Zacharias

Gerade für werdende Ärzt_innen eine relevante Frage ist, ob der gewünschte Beruf im Falle der Infektion mit einer ansteckenden und unheilbaren Krankheit wie HIV noch ausgeübt werden kann. Den rechtlichen Regelungen steht in der Praxis die indirekte Diskrimination gegenüber.

Eine Ansteckung durch z. B. Stichverletzungen mit gebrauchten Nadeln fände in 3 von 1000 Fällen statt, vermitteln uns Vorlesung und Altfragen. Die Krankheit ist heute gut behandelbar, wenn auch nicht heilbar. Was also, wenn man zu einem dieser drei Fälle gehört? Nach den Gedanken, wie sich das eigene Privatleben ändern wird, kommen genauso die Fragen nach den Auswirkungen auf das Berufsleben. Was werden die Patient_innen sagen? Was die Kolleg_innen, die Führungskräfte? Und viel wichtiger, wem muss man die HIV-Infektion überhaupt mitteilen?

Rechtlich klar geregelt wurde durch ein Urteil des OGH, dass „[...] keine Verpflichtung zur Offenbarung einer nicht dauernden Arbeitsunfähigkeit bewirkenden Krankheit [besteht]. Die Verschweigung rechtfertigt daher nicht die Entlassung [...]“. Bei Befragung über eine HIV-Infektion ist man also nicht zur Wahrheit verpflichtet, da die Frage an sich schon gar nicht erlaubt ist. Gleiches gilt auch, falls ein Test verlangt wird oder wenn Patient_innen nachfragen. Rückendeckung erhält dieser

Grundsatz durch die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e.V. und der Gesellschaft für Virologie (GfV) e.V. Solange die Viruslast unter 50 Kopien/ml liegt, wird empfohlen, dass auch HIV-positive alle operativen und invasiven Tätigkeiten durchführen. Bei andauernder höherer Viruslast wird empfohlen, zumindest Tätigkeiten mit höherer Wahrscheinlichkeit für Übertragung oder Verletzung auszusetzen. Voraussetzung ist hierbei eine engmaschige Kontrolle der Viruslast, Adhärenz an die Therapie und wenige begleitende Maßnahmen zur weiteren Vermeidung der Übertragung. Wer also nicht gerade in der Chirurgie, Gynäkologie oder anderen Bereichen mit höherem Übertragungsrisiko arbeitet, kann also theoretisch ohne Einschränkungen seinen Beruf ausüben.

Diese erfreuliche Nachricht wird dadurch getrübt, dass HIV-Positive in der Praxis oft Diskriminierung erfahren und gerade die Entscheidungsträger_innen noch nicht wissen, wie gering das Risiko tatsächlich ist. Angst vor Ansteckung und PR-Konsequenzen kann dazu führen, dass HIV-Negativität ein Einstellungskriterium wird und Antidiskriminierungsregeln übergangen werden. Im deutschen Ärzteblatt beschrieb ein Chirurg seine eigenen Erfahrungen nach der Infektion. Auch wenn seine direkten Vorgesetzten ihn unterstützen wollten, so scheiterten sie

letztendlich an der internen Firmenpolitik und verwehrt seine Tätigkeit als Chirurg. Auch die Eröffnung einer eigenen Ordination scheiterte am Abschluss einer Lebensversicherung als Sicherheit für ein Bankdarlehen, da zum Abschluss ein negativer HIV-Antikörpertest gefordert wurde. Dies ist bis heute zulässig, auch wenn nach aktuellem Stand der Wissenschaft eine gewissenhafte Einhaltung der Therapie die Lebenserwartung praktisch auf das Niveau Nicht-Erkrankter hebt. Seit dieser Veröffentlichung ist bereits einige Zeit vergangen und die Arbeit gegen Diskriminierung weiter fortgeschritten. Trotzdem ist der aktuelle Stand der Wissenschaft noch lange nicht in den Chefetagen angekommen. Die Studierenden von heute sind die Chef_innen von morgen und an uns liegt es, im Rahmen unserer Arbeit Diskriminierung von HIV-Infizierten Kolleg_innen, aber auch Patient_innen zu vermeiden. Es gibt keinen rationalen Grund, aus dem eine behandelte HIV-Infektion uns Angst einflößen sollte.



Mythos: Man kann sich mit HIV infizieren, wenn man öffentliche Toiletten benutzt.

Fakt: HI-Viren reagieren extrem empfindlich auf Umweltbedingungen und werden insbesondere durch den Kontakt mit Sauerstoff sehr schnell inaktiviert. Das Virus überlebt also auf Oberflächen nur schlecht. Das bedeutet, selbst in dem Fall, dass eine öffentliche Toilette mit einer infektiösen Körperflüssigkeit eines/r Erkrankten in Berührung gekommen ist (und die Viruslast in dieser Flüssigkeit hoch genug wäre), würde man sich nicht infizieren.

Mythos: Es heißt ja „sexuell übertragbare Erkrankungen“ also ist eine Ansteckung ohnehin nur beim Sex möglich.

Fakt: Das HI-Virus, ebenso wie Verursacher anderer STDs, ist in Blut, Samenflüssigkeit, Scheidensekret, Wundsekret, Eiter und in der Darmschleimhaut zu finden. Einige Erreger, wie z. B. die Viren von Hepatitis B, Herpes und Syphilis können aber auch durch Schmierinfektion indirekt übertragen werden. Viren und Bakterien dieser Infektionskrankheiten gelangen z. B. nach dem Gang auf die Toilette auf die Hände und anschließend auf Türklinken oder Handtücher. Das höchste Risiko besteht tatsächlich beim ungeschützten Geschlechtsverkehr (Vaginal-, Anal- und Oralverkehr), aber auch durch den gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken, unsachgemäßes Piercen und Tätowieren, sowie durch generell schlechte Hygiene kann es zu einer Infektion kommen. Die Gefahr der beruflichen Infektion ist bei Chirurg_innen, Zahnärzt_innen und Gynäkolog_innen am

höchsten.

Mythos: Tripper, Syphilis und Chlamydien-Infektionen sind nicht so schlimm, man kann einfach abwarten, das Immunsystem macht



das schon.

Fakt: Diese durch Bakterien verursachten Krankheiten lassen sich heutzutage durch Antibiotika gut behandeln, abwarten und Tee trinken ist trotzdem nicht angeraten. So kann zum Beispiel eine unbehandelte Chlamydien - Infektion bei Männern zu Prostata -, Hoden - und Samenleiterentzündung und, in weiterer Folge zu Unfruchtbarkeit führen. Bei Frauen kann es zu Eileiterschwangerschaften, zu Verwachsungen und ebenfalls zur Unfruchtbarkeit kommen. Tripper kann zwar spontan ausheilen, doch kann er auch chronisch werden. Infolgedessen kann es zu Entzündungen kommen, die sich im ganzen Körper ausbreiten und auf andere Organe übergreifen.

Mythos: Wenn man sich mit einer sexuell übertragbaren Erkrankung infiziert hat ist man gegen ALLE ANDEREN geschützt.

Fakt: Absolut nicht! Im Gegenteil, mit jeder sexuell übertragbaren

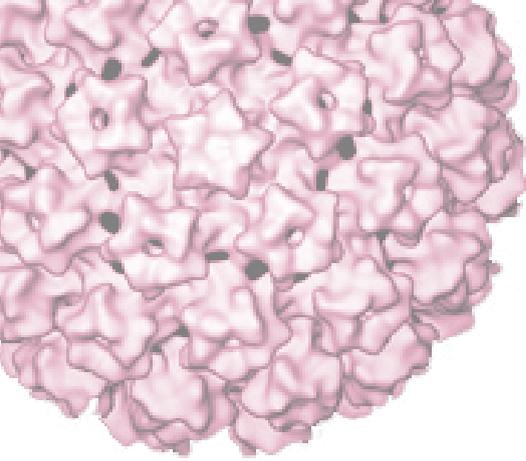
Krankheit steigt das Risiko, sich mit einer weiteren, vor allem HIV, zu infizieren. Entzündungen erleichtern dem Virus den Weg in den Körper. Besonders gefährlich sind hierbei Infektionen mit Herpes-Simplex-Viren, Syphilis und HPV, da diese oft lange unbemerkt bleiben.

Mythos: Wenn man eine („heilbare“) Geschlechtskrankheit überstanden hat ist man in ZUKUNFT geschützt.

Fakt: Wenn man sich einmal mit Syphilis, Tripper oder Ähnlichem infiziert und eine Antibiotikatherapie gut hinter sich gebracht hat, ist man in Zukunft NICHT gegen selbige Krankheit geschützt. Im Gegenteil, sollte man sich erneut infizieren steigt sogar das Risiko, dass bleibende Schäden zurückbleiben.

Mythos: Wenn man bereits HIV+ ist braucht man keinen „safer sex“ mehr.

Fakt: Wenn man sich mit viralen STDs infiziert hat (HIV und Herpes) gibt es zurzeit zwar keine Heilung, dennoch sollte man auf keinen Fall ungeschützten Geschlechtsverkehr haben. Erstens besteht auch bei einer Therapie mit antiretroviralen Medikamenten eine Restansteckungswahrscheinlichkeit und rechtlich gesehen handelt es sich beim bewussten Verschweigen der Erkrankung im Szenario der Ansteckung fallweise sogar um Körperverletzung bzw. schwere Körperverletzung. Zweitens ist es möglich sich bei einer ebenfalls HIV+ Person mit einem anderen HI-Virus-Stamm zu infizieren (sog. Superinfektion).



HPV - In aller Munde ... oder so ähnlich

Text: Marlene Hahn

HPV ist heutzutage in aller Munde und das auch noch buchstäblich, wenn wir mal ganz ehrlich sein wollen. Na gut, wenn wir jetzt wirklich genau sind, dann betrifft das nicht nur den Mund.

Viele werfen jetzt die Hände in die Luft und geben ein lautes „Nein, ich doch nicht“ von sich. Tut mir leid, euch hier gleich enttäuschen zu müssen.

Wir sind hier nicht bei Hepatitis A, B oder C und auch nicht bei HIV, bei denen eine Infektion relativ selten und dazu noch sehr deutlich verläuft.

Etwa 80 % aller sexuell aktiven Menschen machen mindestens ein Mal in ihrem Leben eine HPV-Infektion durch. Das sind vier von fünf ... oder noch besser: Acht von jeder Kleingruppe, falls ihr mal ein Gesprächsthema für die langweiligen Seminare braucht.

Nun aber mal zu den harten Fakten, die wir als EBM-Studierende so dringend suchen:

Was genau ist dieses HPV eigentlich?

HPV steht für Human Papilloma Virus und ist ein Virus aus der Gruppe der DNA-Viren, von dem mittlerweile mehrere verschiedene Typen entdeckt wurden. Meistens wird HPV über ungeschützten sexuellen Kontakt (Genital-, Anal- oder Oralverkehr) übertragen, weswegen dieser Virus die häufigste sexuell übertragene Vi-

ruserkrankung darstellt. Er kann aber auch über anderen Kontakt wie z.B. Handtücher, Trinkgläser oder Zahnbürsten übertragen werden - dies ist jedoch relativ selten.

Und was macht das HPV?

Das Virus infiziert Epithelzellen der Haut & Schleimhäute und kann dort ein unkontrolliertes, tumorartiges Wachstum hervorrufen.

Meistens bleibt eine Infektion unbemerkt und kann innerhalb von 6 - 12 Monaten komplett ausheilen. Bei etwa 20 % bleibt die Infektion jedoch bestehen.

Dazu kommt, dass Papillomaviren oft jahrelang inaktiv bleiben können, was bedeutet, wenn dann also Symptome auftreten, kann dies auf einen Partner_innen zurück zu führen sein, der schon lange „nicht mehr in unserem Leben ist“ (werden wir doch etwas melodramatisch).

Das bedeutet aber auch gleichzeitig, dass viele Menschen unbemerkt Überträger_innen dieses Virus sind und nicht einmal etwas von ihrer Infektion wissen.

Was sind die Symptome?

Am häufigsten bekannt sind die Feigwarzen, oder auch Kondylome genannt. Dies sind grau-rötliche oder weißliche Verdickungen der Haut bzw. der Schleimhaut im Intimbereich. Diese Warzen werden hauptsächlich durch die low-risk-Typen HPV-6 und HPV-11 verursacht (mehr dazu weiter

unten).

Das größere Problem besteht allerdings in dem Risiko einer Ausartung der befallenen Epithelzellen. Am häufigsten kommt dies bei der Cervix vor. Das HPV verursacht eine intraepitheliale Neoplasie, wobei die Zellen meist auch eine Dysplasie aufweisen. An der Cervix wird dies mit der Abkürzung CIN (cervikale intraepitheliale Neoplasie) bezeichnet, an der Vaginalschleimhaut mit VAIN, AIN für die Analregion und PIN für den Penis.

All diese Neubildungen gelten als Vorstufen für bösartige Wucherungen wie z. B. das Cervixkarzinom. Und HPV ist nicht nur „eventuell“ für Cervixkarzinome verantwortlich, sondern bei 99,7 % der Cervixkarzinome ist eine Infektion mit HPV nachzuweisen! Und wer ein bisschen die Puzzleteile zusammensetzt, der kann auch erkennen, dass eine HPV-Infektion durch Oralverkehr zu einem Karzinom im Hals-Rachen-Bereich führen kann.

Was bedeutet nun aber low- und high-risk?

Allgemein ist zu sagen, dass es über 100 verschiedene HPV-Typen gibt. Etwa 30 davon infizieren fast ausschließlich die Haut und Schleimhaut im Anogenitalbereich. Diese 30 Typen lassen sich wiederum in zwei Gruppen unterteilen: Die bekannte low-risk und high-risk Einteilung.

Low-Risk sind vor allem die Typen **HPV 6 und 11**, weil sie die Hauptverursacher der Kondylome sind. Weitere Typen sind 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, ...

High-Risk sind vor allem die Typen **HPV 16, 18, 31 und 33**. Bei beinahe jedem Auftreten eines Cervixkarzinoms ist mindestens eine der High-Risk Viren nachweisbar. Weitere Typen sind 35, 39, 45, 51, 52, ...

HPV und Männer

Wer dachte, dass HPV ein reines Frauenproblem ist, hat weit gefehlt. Mehrere Studien zeigten dass ca. 2/3 der männlichen Beziehungspartner von Frauen, die unter einer HPV-Erkrankung leiden, ihrerseits HPV-assoziierte Läsionen am Penis aufweisen und ebenfalls Karzinome (sowohl am Penis als auch im Hals-Rachen-Raum) entwickeln können.

Therapie

Es gibt aktuell keine HPV-spezifische Therapie. Bei Läsionen kommen hauptsächlich chirurgische Eingriffe oder Verätzungen in Frage. Allerdings gibt es hier eine hohe Rezidiv-Rate.

Präventivmaßnahmen

Wir wiederholen, was unsere Biologielehrer_innen uns schon seit Jahren (hoffentlich) eintrichtern wollen: Safer Sex mit Kondomen. Aber kommen wir zu dem, was wir alle kennen und worauf ihr alle wartet: Die HPV-Impfung.

HPV-Impfung - Was? Wie? Wo?

Mal ganz klar vorneweg: Machen wir uns bitte mal bewusst, dass die HPV-Impfung im übertragenen Sinne eine Impfung gegen Krebs ist! So etwas gibt es ansonsten nicht. Die HPV-Impfung wurde 2006 das erste Mal auf den Markt gebracht

und bis heute halten sich die verrücktesten und irrationalsten Gerüchte, die man sich vorstellen kann.

Klären wir zunächst die Basics: Es gibt aktuell drei große Impfstoffe. Ein zweifach Impfstoff nur gegen die Typen 16 & 18, ein vierfach Impfstoff (bekannt unter dem Namen Gardasil bzw. Silgard) gegen die Typen 6, 11, 16 und 18 und neuerdings auch ein neunfach Impfstoff (Gardasil9) gegen die Typen 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 und 58.

Was sind die Erfolgsraten dieses Impfstoffes?

Beachtliche 98 - 100% für vorher nicht infizierte HPV-Proband_innen! Nun kommt bestimmt der Einwand „ja aber es sind doch so viele mit HPV infiziert!“ - absolut richtig! Deswegen wird z.B. in Österreich die Impfung bereits ab dem 9. Lebensjahr für Mädchen UND Burschen empfohlen, einfach damit man den HPV zuvorkommt.

Im Alter von 9 - 12 Jahren, ist diese Impfung kostenlos. Zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr kann eine Nachholimpfung zu einem vergünstigten Selbstkostenpreis erworben werden. Auch die Meduni Wien bietet immer mal wieder HPV-Impfaktionen zum vergünstigten Preis für Studierende und Mitarbeiter_innen an (zuletzt z. B. 60 € pro Teilimpfung mit drei notwendigen Impfungen).

„**Wenn man bereits Sex hatte, lohnt sich die Impfung nicht**“ - das bekannteste und älteste Gerücht um den HPV-Impfstoff und absoluter Blödsinn. Die Impfung hat natürlich mehr Wirkung, wenn sie vor dem ersten Sexualverkehr verabreicht wird, einfach nur, weil man dann noch nie mit HPV in Berührung kam und somit gegen alle Typen geschützt werden kann.

„**Wenn ich bereits HPV-positiv bin, zeigt die Impfung keine Wirkung mehr**“ - doch, das tut sie. Zwar nicht mehr gegen den Typ, gegen den man positiv ist (was verständlich sein sollte), aber dennoch gegen alle anderen Typen! Wenn ich also z.B. auf einen low-risk Typen wie z.B. HPV-6 positiv bin, kann ich durch den neuen 9-fach Impfstoff trotzdem noch gegen die 8 anderen - darunter vor allem die high-risk Typen - geschützt werden.

„Die HPV-Impfung löst massive Nebenwirkungen aus“

- Es gab mehrere groß angelegte Studien zu diesem Thema und wie bei jedem Impfstoff sind Nebenwirkungen verpflichtend zu melden! Ca. 90 % der Nebenwirkungen sind „nicht schwerwiegend“ und bestehen aus lokalen Reaktionen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Fieber und Synkopen. Natürlich kann der HPV-Impfstoff auch schwerwiegende Reaktionen aufweisen - so wie absolut jeder andere Impfstoff auch.

Kleines Schmankehl noch zum Abschluss:

Im Jahre 2011 wurden erste Daten über die flächendeckende Einführung des Impfprogrammes mit dem vierfach Impfstoff publiziert. 2007 hat Australien, als erstes Land der Welt, eine nationale HPV-Impfkampagne mit einer Durchimpfungsrate von 80 - 90 % etabliert. Drei Jahre nach Beginn diese Impfkampagne waren die behandlungsbedürftigen Krebsvorstufen bei Mädchen unter 18 Jahren um 59% niedriger als zuvor!

Fazit?

Ich kann nicht glauben, dass ich das noch extra sagen muss: Impfen lassen! Impfen lassen! Impfen lassen!



Nadelstichverletzungen

Text: Cassandra Settele

Nachtdienst in der Unfallambulanz: Du bist seit über zwölf Stunden fast durchgehend am Arbeiten und schon recht erschöpft. Da aber, wie immer, viel los ist, bemerkst du deine Müdigkeit kaum. Patient_innen wollen untersucht werden, Wunden genäht werden, für die Aufnahme braucht's noch eine Blutabnahme und die Patientin mit der Bisswunde muss gegen Tetanus geimpft werden ... autsch! Du spürst einen Stich, hast du dich mit der benutzen Nadel in den Finger gestochen? Du ziehst den Handschuh aus und kannst zuerst gar keine Wunde entdecken – vielleicht nochmal Glück gehabt? Als du die Stelle zusammendrückst, kommt aber Blut. Was jetzt?!

So ein Unfall kann jedem/r passieren, es braucht nur einen Augenblick der Unachtsamkeit. Dich in so einem Moment zu erinnern, wie du dich richtig verhältst, ist gar nicht so einfach! Deswegen ist es sinnvoll, sich das Procedere in einer ruhigen Minute mal durch den Kopf gehen zu lassen:

1. Wunde bluten lassen, sowie für mehr als 1 Minute mit einem Desinfektionsmittel spülen
2. Blutabnahme bei dem/der Quellpatient_in sowie Risikoanamnese (zB Risikokontakte, Drogen, Transfusionen, Dialyse...)

3. Aufsuchen der Arbeitsmedizin bzw. der spitalseigenen Unfall-/Notfallambulanz oder der Notfallambulanz im AKH

4. Unfallmeldung

Wie geht es dann weiter? Der/die Betriebsärzt_in wird eine Blutabnahme bei dir durchführen und dein Blut auf HIV-, HBV- und HCV-Antikörper testen. Sollte der/die Patient_in einer Risikogruppe angehören, wird nach zwei Wochen eine HIV-PCR und nach zwei bis vier Wochen ein Hepatitis-Test durchgeführt werden. In jedem Fall veranlasst der/die Betriebsärzt_in zwei weitere Blutabnahmen nach drei sowie sechs Monaten. Bis dahin giltst du als potentiell infektiös, das heißt, du darfst z. B. nicht Blut spenden und solltest Safer Sex betreiben. Alle diese Schritte sind wichtig und sollten eingehalten werden, auch wenn der/die Patient_in „eh nichts hat“.

Hepatitis B

Bei den Nadelstichverletzungen ist die Übertragungswahrscheinlichkeit von Hepatitis B am höchsten und liegt bei ca. 30%, da die Viruslast von HBV im Blut höher ist als bei HCV oder HIV. Um sich effektiv vor einer Ansteckung zu schützen, ist es deshalb wichtig, sich prophylaktisch gegen Hepatitis B immunisieren zu lassen. Im Anlassfall wird die Arbeitsmedizin deinen Impfstatus

überprüfen und gegebenenfalls eine Nachimpfung veranlassen.

Hepatitis C

Hier liegt die Übertragungswahrscheinlichkeit bei etwa 3%, ist also schon viel geringer als bei Hepatitis B. Leider gibt es keine Möglichkeit einer Impfung oder Prophylaxe. Im Gegensatz zu Hepatitis B und HIV ist es allerdings mittlerweile möglich, eine Hepatitis C Infektion mittels einer zwölfwöchigen, medikamentösen Therapie zu heilen.

HIV

Am geringsten ist die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV, sie liegt bei ca. 0,3%. Mit dem Blut des/der Quellpatient_in sollte ein HIV-Schnelltest gemacht werden, um darüber entscheiden zu können, ob du eine HIV-Postexpositionsprophylaxe einnehmen solltest. Diese wird idealerweise innerhalb von zwei Stunden begonnen. Bei der HIV-PEP handelt es sich um eine Therapie mit zwei Medikamenten, die auch zur Behandlung von HIV eingesetzt werden. Eingenommen wird sie täglich über einen Zeitraum von vier Wochen. Da diese Medikamente jedoch Nebenwirkungen auslösen können, werden sie ausschließlich verabreicht, wenn der/die Quellpatient_in HIV-positiv ist oder einer Risikogruppe angehört.

Interviews mit Fachärzt_innen heute: Gynäkologie

Text: Marlene Hahn

In den nächsten Ausgaben wollen wir euch diverse Fachrichtungen etwas näher bringen und lassen uns von Fachärzt_innen einen Einblick in ihren Alltag geben. Passend zum Thema fangen wir dieses Mal bei der Gynäkologie an ;).

1. Wie sieht Ihr Alltag als Gynäkologin aus?

Wecker schlagen, Kaffee trinken, durchs Verkehrschaos wühlen, ankommen, umziehen und anfangen. Pro Stunde hab ich ca. 6 Patientinnen, eigentlich heißt es 15 Minuten Vorsorge aber bei dem Ansturm muss man das eigentlich auf 10 Minuten reduzieren. Jede Patientin bekommt die allgemeinen Fragen „Wie geht es aktuell? Wie sieht es mit der Verhütung aus? Wie sieht es mit dem/der Partner_in aus? Wie sieht es mit der Familie aus?“ Dann kommt die Untersuchung der Brust, anschließend die gynäkologische Untersuchung. Entnahme von Krebs-Abstrich und Nativ-Untersuchung (mit Aufbereitung und mikroskopischer Begutachtung) und Ultraschall. Der Ultraschall ist allerdings nicht von der gesetzlichen Kasse abgedeckt, weil „durch regelmäßige Ultraschalluntersuchungen die Sterblichkeit von Eierstockkrebs nicht gesenkt werden kann“ - man kann sich vorstellen, wie gut das den Gynäkolog_innen gefällt, wenn Ultraschall die absolut einzige Möglichkeit ist, Eierstockkrebs überhaupt früher zu erkennen. Pro Stunde hat man eigentlich mindestens einen Notfall und mindestens eine schwangere Patientin, die natürlich meist mehr als 10 Minuten dauern.

2. Was sind besondere Herausforderungen?

Koordination mit Kliniken, Befunde lesen und richtig einsortieren, Schnelligkeit ohne Fehler zu machen und Quasselstrippen. Da muss man ab und zu einfach unterbrechen und sagen „So jetzt gehen wir mal zur Untersuchung und reden danach weiter“, sonst sprengt einem das die ganze Sprechstunde.

3. Welche Fertigkeiten sollte man mitbringen?

Lesen und Schreiben - lacht - nein man sollte einfach sein „Handwerk“ können (allgemeine Untersuchungen und Arztfertigkeiten). Man redet viel mit Patientinnen, das muss man einfach können und man muss sein Handwerk beherrschen, damit man schnell und effizient arbeiten kann. Ich kann es mir nicht leisten 40 Minuten für eine Patientin in Anspruch zu nehmen, da steigt mir das Wartezimmer aufs Dach.

4. Inwiefern kann man sich denn weiter spezialisieren? (Sonderqualifikationen)

Uff, da gibt es so viel! Zytologie, Ultraschallfähigkeiten (gynäkologisch, Schwangere, Mamma), Mammabiopsie, Reisemedizin, Beckenbodenzentrum (also alles mit Urogynäkologie, Gebärmutter senkung, Blasensenkung, Inkontinenz, etc.), Endokrinologie, Kinderwunsch, etc.

5. Was gefällt Ihnen am meisten an Ihrem Fach?

Es ist wahnsinnig vielseitig und nie das Gleiche. Man lernt so viele wunderbare Frauen und interessante Lebensgeschichten kennen. Egal, wie sehr ich mich über die Bürokratie und das Krankenkassensystem aufrege, ich liebe meinen Job und würde ihn immer wieder wählen.

6. Was gefällt Ihnen weniger?

Einfach der Verwaltungsapparat, die Zunahme an Verwaltungsarbeit hat nichts mehr mit Medizin zu tun; das kritiklose Übernehmen von Schwachsinnigkeiten. Leute, die absolut keine Ahnung von der Materie und unserem Alltag haben, entscheiden für uns und wundern sich, wenn wir protestieren.

7. Wem würden Sie empfehlen, diese Fachrichtung zu wählen?

Jedem/r mit Interesse an der Frau. Ich kann es nicht anders sagen. Man muss Interesse und Wissen für die Probleme von Frauen haben, für die Weiblichkeit allgemein. Es ist einfach ein toller Beruf, mit wahnsinnig vielen Möglichkeiten in dem man sich immer weiterentwickeln kann und jeden Tag tolle Frauen kennenlernt.

FGM – Die vergessene Blume der Wüste

Text: Abdallah Shallout

Die weibliche Genitalverstümmelung (kurz FGM, vom englischen Wort: Female Genitale Mutilation) ist wohl eines der nebulösesten Themen der heutigen Zeit, und dies obwohl sie eine Praktik darstellt, die schon seit jeher in verschiedensten Kulturen umgesetzt und weitergegeben wurde. In Europa erlangte die FGM erstmals große Bekanntheit durch das Buch „Die Wüstenblume“, verfasst von Waris Dirie, einem österreichischen Model somalischer Herkunft, welche durch Interviews, ihr Buch und dessen Verfilmung für ein Medienecho sorgte. Sie selbst wurde Opfer einer der radikalsten Formen der FGM, der sogenannten Infibulation.

Die weibliche Beschneidung ist keine Besonderheit der Menschheitsgeschichte, erste Dokumentationen gehen bis in die ägyptische Antike zurück. Jedoch muss uns hierbei klar sein, dass wir über ein Thema sprechen, welches strengstens tabuisiert wurde. Bis ins 19. Jahrhundert wurden auch Resektionen der äußeren Genitalien bei Frauen in Europa praktiziert und auch als Therapie gegen Hysterie und Nymphomanie vorgeschlagen. Diese Fakten gerieten jedoch auch in Vergessenheit, da das Thema in den letzten Jahrzehnten totgeschwiegen wurde. Darüber hinaus unterscheidet

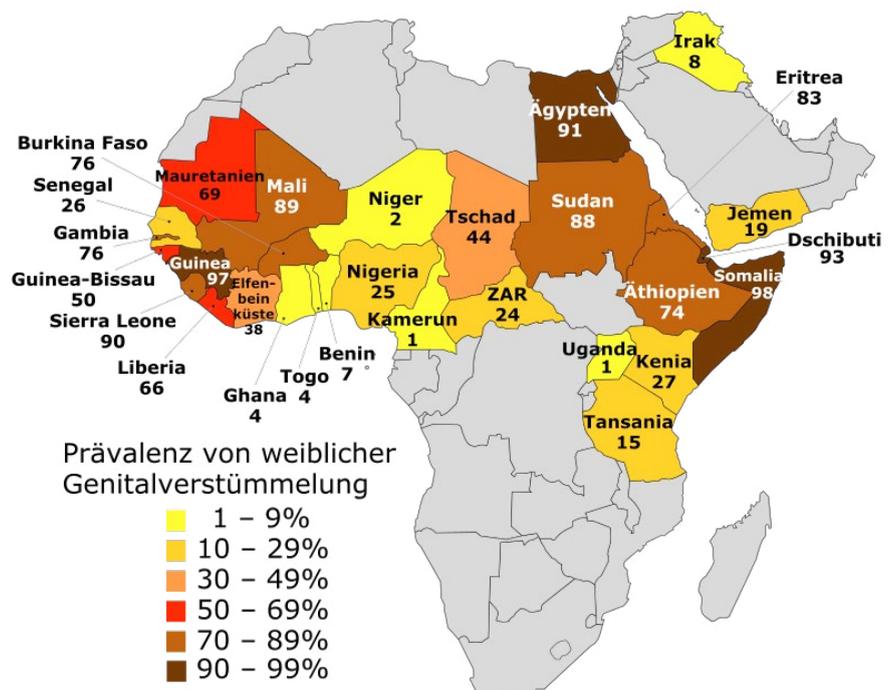
sich die weibliche Beschneidung auch hinsichtlich der geographischen Lage des Landes, in welchem sie praktiziert wird und dem Alter des Opfers. Um hier ein etwas klareres Bild zu schaffen, gab die WHO Ende der 90er Jahre eine Typisierung der FGM heraus, in der sie 4 Formen festlegte.

Typ 1: Bei dieser Form wird eine Entfernung der äußerlich sichtbaren Teile der Praeputium clitoridis und/oder der Glans clitoridis selbst vorgenommen. Diese kann zur Gänze oder nur zum Teil stattfinden.

Typ 2: Die (Teil-)Resektion der Klitoris und der Labiae minores mit oder ohne der Resektion der Labiae majores.

Typ 3: Diese Form wird auch Infibulation oder pharaonische Beschneidung genannt und stellt vermutlich die verheerendste Art der FGM da.

Hierbei kommt es zu einer Einengung des Ostium vaginae mit Bildung eines deckenden Verschlusses, indem die inneren und/oder die Labiae majores aufgeschnitten und zusam-



mengefügt werden, mit oder ohne Entfernung des äußerlich sichtbaren Teils der Klitoris. Die Komplikationen sind bei dieser Art am folgeschwersten.

Typ 4: Dieser Typ stellt einen Mischtyp da, bei welcher alle Vorgehensweisen erfasst werden, die sich keiner der vorherigen Formen zuordnen lassen. Die WHO nennt beispielhaft das Einstechen, Durchbohren (Piercing), Einschneiden (Introzision), Abschaben sowie die Kauterisation von Genitalgewebe, das Ausbrennen der Klitoris oder das Einführen ätzender Substanzen in die Vagina.

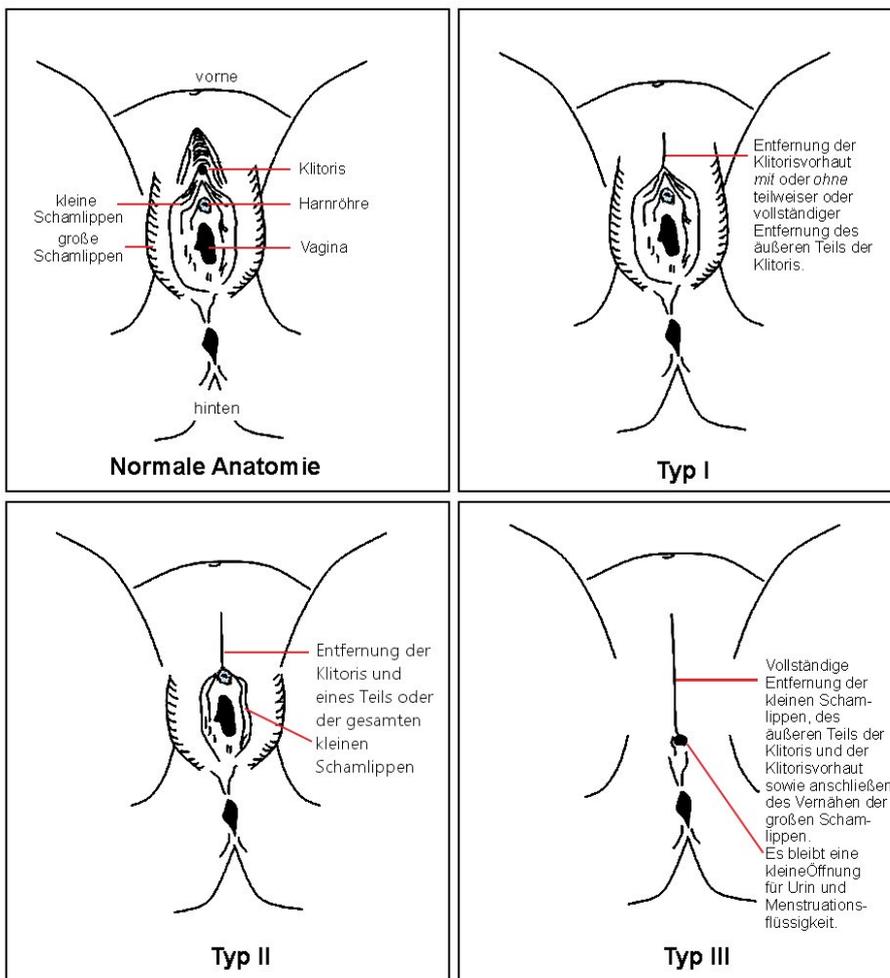
Hinzu kommt, dass die meisten weiblichen Beschneidungen nicht unter ärztlicher Betreuung, geschweige denn aseptischer oder hygienischer Umgebung stattfinden. Dies trifft auch auf die verwendeten Utensilien zu. Man bedient sich Rasierklingen, Glasscherben und weiterem nicht-sterilen Material, sodass die Schmerzen des Verfahrens und das Infektionsrisiko in die Höhe schießen. Vergessen darf man auch nicht die damit einhergehenden psychischen Traumata, die das Leben der Betroffenen für immer verändern können. Als langfristige Folgen sind eine Einschränkung des

sexuellen Empfindens, Komplikationen bei Geburten, Infertilität, Menstruationsbeschwerden und psychische Beschwerden zu nennen.

Nun, welche Beweggründe mag es für solch ein Verfahren geben? Der wohl wichtigste Grund in der heutigen Zeit ist die Tradition der jeweiligen Völker. Hierbei wird die Beschneidung bei einer Frau als ihr feierlicher Eintritt in die Volljährigkeit angesehen. Andererseits beruft man sich auf eine gewisse ästhetische Vorstellung, der es Folge zu leisten gilt, andernfalls droht der Frau soziale Ausgrenzung und vielleicht sogar wirtschaftlicher Boykott.

Weiters existiert das Argument, dass man durch die Beschneidung die Libido der Frau zügeln möchte, damit sie nicht in die Hysterie bzw. Nymphomanie abdriftet. Man fürchtet die „Entfesselung“ der weiblichen sexuellen Lust.

Abschließend sei gesagt, dass es in der heutigen ästhetischen Medizin zwar ebenfalls Verfahren bezüglich der Resektion bzw. Verkleinerung der Klitorisvorhaut und der (hauptsächlich kleinen) Schamlippen gibt, jedoch basieren diese auf guter medizinischer Versorgung und dem freiwilligen Wunsch der Patientin, weshalb sie nicht mit der FGM gleichzusetzen sind.



Shall we play a game?

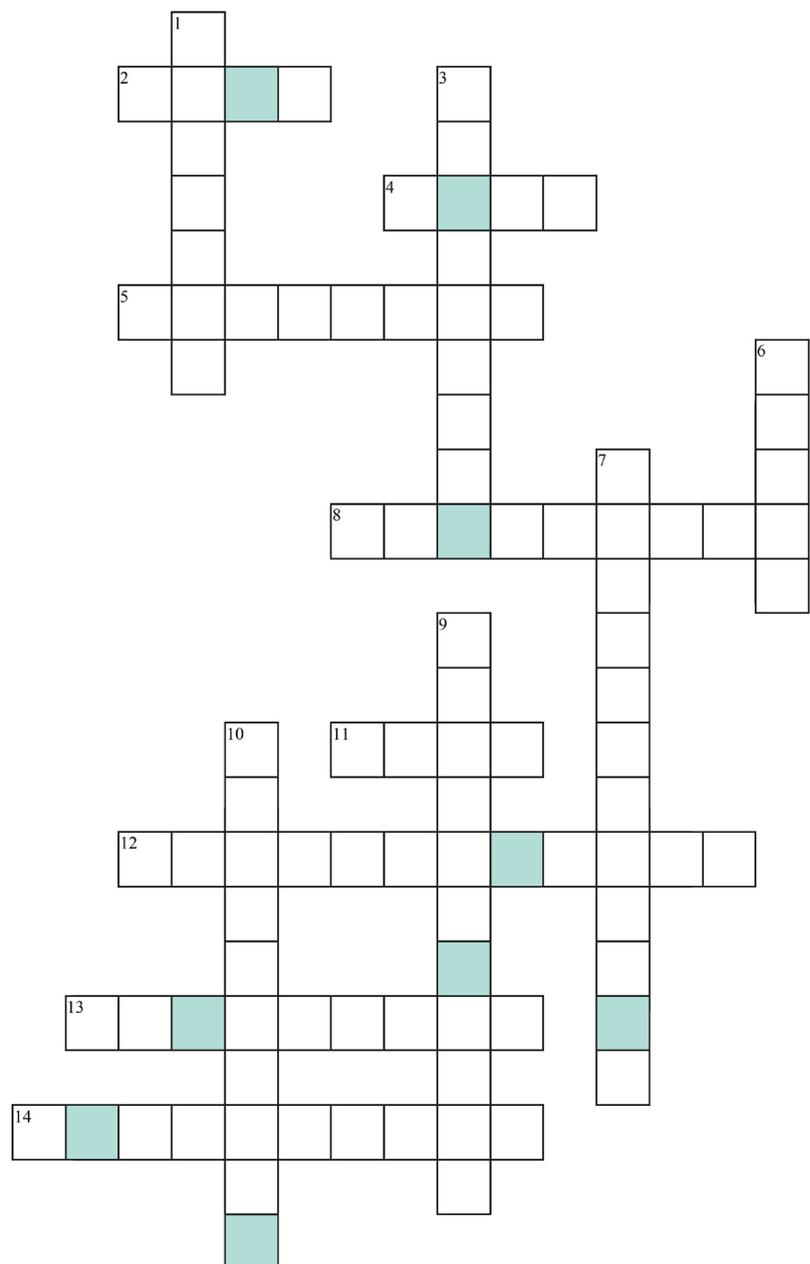
Wow, gratuliere, du bist bereits (fast) am Ende dieser Fieberkurve angekommen.

Wir hoffen die letzten Seiten haben dein Gehirn mit wichtigen und neuen Informationen gefüttert. Nachdem du beim Durchblättern, Stöbern, Überfliegen oder sogar konzentriertem Studieren jede Menge über die verschiedensten Geschlechtskrankheiten, deren Folgen und sogar falsche Mythen (die du hoffentlich bisher selber nicht glaubtest) erfahren hast, haben wir hier ein kleines Rätsel für dich. Natürlich ist es auch von Vorteil die anderen Seiten gelesen zu haben. ;-)

Bei anständiger Lektüre der letzten Seiten sollte es ein Leichtes für dich sein, das Rätsel zu lösen.

Und das Beste kommt natürlich zum Schluss: Wenn du das getan hast, ergibt sich aus den bunten Feldern ein Lösungswort. **Mit Hilfe dieses Lösungswortes kannst du einen „Herold – Innere Medizin“ abstauben.** Ja, genau, du hast richtig gelesen. Den, der normalerweise 49€ oder 30€ kostet und sämtliche Krankheiten der Inneren Medizin, sowie deren Diagnose und Therapie beinhaltet.

Mich gibt's zu gewinnen!



Schick uns einfach das **Lösungswort** **gemeinsam mit deinem Namen in einer E-Mail an**

feberkurve@oehmedwien.com bis einschließlich 11. März 2018 und wir ziehen bald den/die glückliche_n Gewinner_in, welche_r per E-Mail verständigt wird.

Waagerecht

2. Heißt auch Franzosenkrankheit.
4. Patienten sind auch Menschen, deswegen fragen wir danach.
5. Kann das Immunsystem nicht einfach selber bekämpfen.
8. Häufigstes Symptom von HPV.
11. Verheerendste Art der Beschneidung, Typ
12. Bei dieser Person, nach einer Nadelstichverletzung, Blut abnehmen.
13. Wird auch Tripper genannt.
14. Der Schatz in Organmorphologie.

Senkrecht

1. Verursacht Ulcus molle, Haemophilus, etc. ...
3. Wichtigster Grund für weibliche Genitalverstümmelung.
6. Kein primäres Kriterium für eine Ausbildungsstelle.
7. Werkzeug bei vielen Beschneidungen der weiblichen Genitalien.
9. Darf man auch als HIV-positiver Arzt durchführen.
10. Sollte nicht um den Hals hängen.

Viel Spaß!!

Suderecke

An Österreichs Unis wird gerne das Betreuungsverhältnis Lehrende zu Studierenden bejammert. Nicht so hingegen bei uns: Wie wir dem letzten Jahresbericht der MUW entnehmen können, sind wir **EUROPAMEISTER** beim Betreuungsverhältnis! (Der Screenshot (s.u.) ist tatsächlich aus dem Jahresbericht 2016.) Solltest du von diesem sagenhaften Betreuungsverhältnis noch nichts bemerkt haben und dich wundern, warum noch immer „Kleingruppenunterricht“ in Hörsälen stattfindet, dann sei beruhigt: Niemand, außer natürlich unserer geschätzten Vizerektorin für Lehre, weiß etwas von diesem Betreuungsverhältnis. (Den Jahresbericht liest glücklicherweise eh keiner.) Und das ist auch gut so, denn es existiert sowieso nur auf dem Papier: Ein wesentlicher Anteil der MUW-Lehrenden, lehrt einfach (fast) nicht. Gerade die berufenen Professor_innen mit „Lehrstuhl“ unterrichten meistens überhaupt nicht. (Das sind großteils die Klinik-, Abteilungs- und Institutsleiter_innen.) Und bei den jüngeren Lehrenden gibt es sogar eine Obergrenze von 4 Semesterwochenstunden an Lehre, um sie vor zu viel Lehre zu „schützen“. Sonst – so die MUW-Logik - kommen sie ja nicht ausreichend zum Publizieren und die Karriere geht den Bach runter. Denn karrieretechnisch bringt einem Angestellten die Lehre an der MUW natürlich nix. Entgegen langjähriger Versprechungen der Uni, Karrieremodelle für die Lehre zu entwickeln, ist die Lehre den MUW-Verantwortlichen dann letztendlich wohl doch nicht so wichtig.

P. S.: Tatsächlich ist das Betreuungsverhältnis im aktuellen Times Higher Education Raking mit 2,7 sogar noch besser angegeben. Aber – das steht natürlich nicht im MUW-Jahresbericht - beim gesamten Teaching ist die MUW ziemlich schlecht gerankt.



Europas Nummer 1

Die MedUni Wien liegt im Zahlenverhältnis von Studierenden pro Lehrperson („student-staff-ratio“) international im Spitzenfeld. Mit 2,9 Studierenden pro Lehrperson platziert sich Österreichs größte medizinische Hochschule in der Liste des Times Higher Education Rankings (2016) auf Platz sechs und ist somit in dieser Kategorie Europas Nr. 1.



Medizinausbildung – ganz nahe am Menschen dran

Facharztausbildung an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin – Ass.Dr. Tishkov und Ass.Dr.ⁱⁿ Holzer-Achleitner aus dem KH Steyr im Interview über ein spannendes und herausforderndes Tätigkeitsfeld, die richtige Balance und Flexibilität in der Ausbildung.

Ass.Dr.ⁱⁿ Ulrike Holzer-Achleitner und **Ass.Dr. Egor Tishkov** beginnen ihren Dienst mit der Stationsübernahme, es folgt die Visite. Dass neben geplanten Terminen auch ungeplante Notfälle auf die Station kommen, ist üblich. Interdisziplinäre Therapiebesprechungen und Termine mit SachwalterInnen, Gerichten, SozialarbeiterInnen und Angehörigen gehören zum Berufsbild.

„Unser Arbeitsalltag in einem Wort beschrieben: abwechslungsreich!“, sind sich Ass.Dr.ⁱⁿ Holzer-Achleitner und Ass.Dr. Tishkov einig. Beide absolvieren gerade **ihre Facharztausbildung an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am Krankenhaus Steyr**, Oberösterreich.

Ass.Dr. Tishkov studierte in Graz, wurde bei einer Infoveranstaltung auf das KH Steyr aufmerksam und entschied sich Ende 2015 für die Facharztausbildung auf der Psychiatrie. Freunde und Familie reagierten auf seine Fachspezialisierung anfänglich erstaunt. „Jetzt kommen sie ständig zu mir und wollen meinen Rat bei Problemen“, schmunzelt er.



Ass.Dr. Tishkov absolviert die FA-Ausbildung am KH Steyr und ist Vater von Zwillingen.

Ass.Dr.ⁱⁿ Holzer-Achleitner arbeitete nach dem Studium in Wien einige Jahre nicht in der Medizin: „Mir ist die Psychiatrie aber nie ganz aus dem Kopf gegangen. Das Privatleben führte mich dann nach Oberösterreich, da wollte ich auch beruflich die Chance für einen Neustart nutzen“.

So unterschiedlich ihre Wege hin zum Fach, so einig sind sich beide darin, was man für diesen Beruf mitbringen sollte – **Freude am Gespräch, Empathie, den Willen im Team zu arbeiten, und Menschlichkeit.**

Und was ist die Herausforderung im Beruf? „Manche Krankheitsbilder sind schwieriger als andere. Es ist doch auch Aggression dabei“, erzählt Ass.Dr.ⁱⁿ Holzer-Achleitner. „Jeder Fall ist anders, es wird nie Routine. Wir müssen den Patienten ganzheitlich sehen, auch die sozialen Umstände. **Und man muss für sich selbst eine Balance finden.** Das sind die positiven Herausforderungen im Beruf“, ergänzt Ass.Dr. Tishkov.

An ihrem Ausbildungsstandort im KH Steyr schätzen beide die Flexibilität. „Sonderurlaube für Ausbildungen werden als Arbeitszeit angerechnet. Der Betriebskindergarten für meine Zwillinge ist natürlich großartig. Ass.Dr.ⁱⁿ Holzer-Achleitner wird im Zuge der Ausbildung in Kürze für ein halbes Jahr den Standort wechseln.

Ass.Dr. Tishkovs Tipp an Studierende: **„Schau dich auf der Psychiatrie um und halte Augen, Ohren und das Herz offen.** Das hat mir sehr geholfen.“



„Menschlichkeit erfahren unsere PatientInnen im Alltag kaum.“, weiß Ass.Dr.ⁱⁿ Holzer-Achleitner.

Die Ausbildung zum Facharzt/ zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Grundausbildung: 36 Monate

Schwerpunktausbildung: Absolvierung von 3 Wahlmodulen zu je 9 Monaten

Ausbildungsstandorte in Oberösterreich: KH Steyr & KH Vöcklabruck

Alle Informationen zur Ausbildung Medizin unter gespag.at/medizinausbildung

Die KH Steyr und Vöcklabruck sind Teil der gespag, Oberösterreichs größter Krankenanstaltenträgerin mit rund 7.200 MitarbeiterInnen.

Last but not Least

ÖH SIP - Afterstände

22.02.18 von 10:00-15:00 (SIP 1a)

23.02.18 von 10:00-15:00 (SIP 4a & Z-Sip 3)

Vor dem Bauteil 88

Im Februar finden für die Jüngsten von uns die SIP 1a statt. Natürlich darf auch nicht auf die SIP 4a und die

Z-SIP 3 vergessen werden. Um Euch nach der anstrengenden Prüfung und auch verkürzten Ferienzeit zu belohnen, haben wir wieder einmal die SIP-Afterstände für Euch organisiert.

Zum Trinken gibt es Bier, Radler, Weißer Spritzer und Orangensaft sowie Mineralwasser. Wir freuen uns schon darauf, Euren Erfolg mit Euch zu feiern.

Juhuuu, endlich Semesterferien... auch für uns ÖHler ;)

Wir wünschen Euch wunderschöne Semesterferien und auch ein Stück weit Erholung in dieser Vorlesungs-freien Zeit. Das Büro der ÖH Med

Wien hat während der Semesterferien vom 5. Bis 16. Februar 2018 geschlossen. In dieser Zeit finden auch keine Spezialberatungen, Hepatitis-Impfungen oder Titer-Bestimmungen statt. Du erreichst uns während der Ferien bei dringenden Fällen natürlich weiterhin per E-Mail.

Treffen der Regenbogengruppe

15.03.2018 um 16:00/17:00 Uhr

Du möchtest erfahren, was die Regenbogengruppe der Med Uni Wien und des AKH Wien alles macht? Dann komm doch einfach zum nächsten Treffen. Dieses findet im BT88 statt, folgt dort einfach der Beschilderung.

Die Studienabteilung übersiedelt

Die Studienabteilung ist ab 26. Februar 2018 in den neuen Räumlichkeiten in der Währinger Straße 25a erreichbar. Die Abteilung ist dafür von 5. bis 25. Februar 2018 geschlossen und in der ersten Woche auch telefonisch oder via Mail nur eingeschränkt erreichbar.

BILDQUELLENVERZEICHNIS

Ein großes Dankeschön geht an Pixabay für viele Bilder!

Cover, S.10: Field Hospitals, Diese Datei ist unter der Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International lizenziert. Der Urheber dieses Bildes ist Cbrenner21
S. 7: Urheberrechte liegen bei Max Enßlin; S. 10: Wikipedia, Pathology: Histology: Pap Smear; S. 14: Wikipedia, Papillomavirus Capsid, S. 18: Wikipedia, FGM prevalence UNICEF 2015 de, This file is licensed under the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International, 3.0 Unported, 2.5 Generic, 2.0 Generic and 1.0 Generic license; S. 19: Wikiedpai, Beschneidung weiblicher Genitalien - WHO-Typen;

IMPRESSUM

Medieninhaber und Hersteller: Hochschülerinnen- und Hochschülerschaft an der Medizinischen Universität Wien, AKH 6M, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien; Verlags- und Herstellungsort: Wien

Chefredakteurin: Veronika Sperl

Redaktion: Marlene Hahn, Patrick Fegerl, Kathrin Friesenbiller,

Autor_innen: Johannes Oswald, Abdallah Shaltout, Max Enßlin, Malte Zacharias, Cassandra Settele

Gestaltung: Marlene Hahn, Kathrin Friesenbiller

Ärztin sein Arzt sein

im Krankenhaus ST. JOSEF BRAUNAU



www.khbr.at/karriere



“ *mittendrin* statt
nur dabei,,

... als KPJ-StudentIn,
... als FamulantIn,
... als TurnusärztIn in
Basisausbildung,
... als AssistenzärztIn
in Ausbildung zur/zum
FachärztIn, ...

St. Josef Braunau – mit vielen Vorteilen

- alle med. Fachrichtungen / 400 Betten
- beste Lernchancen und Ausbildung auf aktuellstem medizinischen Stand
- selbstverantwortliches Arbeiten
- attraktive Arbeitszeiten / auch Teilzeit
- umfangreiche Sozialleistungen und günstige Wohnmöglichkeiten

St. Josef Braunau – es lohnt sich!

Personalmanagement: Dr. Helene Mayerhofer • Tel.: 07722 / 804-8060

Turnusärztevertreter: Dr. Manuel Staniek • Tel.: 07722 / 804-6164

E-Mail: bewerbung@khbr.at

ZERTIFIZIERTES LEHRKRANKENHAUS

